

UF
RS

N°016600

DATA

PACIENTE

MEDICAMENTO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF
RS

DRS

MUNICÍPIO

N°016600

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Prefeitura Municipal de São Jerônimo

Clínica Geral
Rua Rio Branco, 384
São Jerônimo - RS
CRM/CRMV/CRO:

Medicamentos ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

de de

PACIENTE-NOME

ENDEREÇO

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade N°: _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR _____ DATA ____/____/____



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SÃO JERÔNIMO

EMITENTE

CIDADÃO

MEDICAMENTOS

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZILDO SIPPEL (Rua: Luis Dias Cunha, 167 - Povoado da Anália, São Jerônimo/RS).
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL (Rua: Ramiro Barcelos, 262 - Centro, São Jerônimo/RS).
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LOUREÇO NUNES COITO (Rua: Inácio Rodrigues da Silva, 44 - São Francisco, São Jerônimo/RS).
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA INTERIOR (Estação Zona dos Meneses, SN - Palmeira, São Jerônimo/RS).



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SÃO JERÔNIMO

EMITENTE

CIDADÃO

MEDICAMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Org. emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data de fornecimento

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZILDO SIPPEL (Rua: Luis Dias Cunha, 167 - Passo da Areia, São Jerônimo/RS).
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL (Rua: Renato Barcelos, 292 - Centro, São Jerônimo/RS).
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LOURECI NUNES COUTO (Rua: Ineco Rodrigues de Silva, 44 - São Francisco, São Jerônimo/RS).
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA INTERIOR (Estrada Zona dos Menezes, S/N - Palmeira, São Jerônimo/RS).

São Jerônimo, ___/___/___

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr.(a) _____

RG/CPF N° _____ foi atendido na Secretaria da
Saúde de São Jerônimo, no dia ___/___/___, às ___ hs necessitan-
do de ___ (_____) Dias de Repouso por motivo de doença.

Médico - CRM n° _____

- Diga não a automedicação
- Fumo e álcool prejudicam a sua saúde
- O leite materno é o melhor alimento para o bebê
- Vacina é proteção e segurança. Vacine seus filhos

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZILDO SIPPPEL (Rua: Luis Dias Cunha, 167 - Passo da Areia, São Jerônimo/RS).

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRAL (Rua: Ramiro Barcelos, 292 - Centro, São Jerônimo/RS).

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LOURECI NUNES COUTO (Rua: Inacio Rodrigues da Silva, 44 - São Francisco, São Jerônimo/RS).

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA INTERIOR (Estrada Zona dos Meneses, SN - Palmeira, São Jerônimo/RS).

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município Pronto-tuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF Apellido da Mulher

Data de Nascimento* / / Idade Nacionalidade

Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Código do Município Município Bairro UF

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame* Rastreamento Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?* Sim. Quando fez o último exame? ano Não Não sabe

3. Usa DIU?* Sim Não Não sabe

4. Está grávida?* Sim Não Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?* Sim Não Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?* Sim Não Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?* Sim Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:* / / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?* (não considerar a primeira relação sexual na vida) Sim Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?* (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal) Sim Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo* Normal Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente) Alterado Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? Sim Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta* / / Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório* _____	Número do Exame* _____
Nome do Laboratório* _____	Recebido em: * ____/____/____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Piócitos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação
- Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos: _____
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas:**
- Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 - Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Glandulares:**
- Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:**
- Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:**
 - Cervical
 - Endometrial
 - Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAISA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____	Responsável* _____
Data do Resultado* ____/____/____	_____

ATENÇÃO: Os campos com selêneo (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Mama esquerda

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat

UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat

UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável

Axilar Supraclavicular

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat

UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat

UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável

Axilar Supraclavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita

Mama esquerda

Mama direita

Mama esquerda

Mama direita
 Mama esquerda

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita

Mama esquerda

Mama direita

Mama esquerda

Categoria 0
 Categoria 3
 Categoria 4
 Categoria 5

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 Linfonodo axilar

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo

8b. População de risco elevada (história familiar)

8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado



SECRETARIA DE MEDICINA SOCIAL
REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES

HOSPITAL

PAM

Nome

PRONTUÁRIO Nº

IDADE

SEXO

M

F

COR

B

P

A

PESO

ALTURA

CLÍNICA

ENF.

LEITO

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

_____/_____/_____
DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

**SECRETARIA DE SAÚDE DE
SÃO JERÔNIMO**

Protocolo de entrega de documentos

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Documento: _____

Data: ___/___/___

Informações:

**Das 13h às 16h na Secretaria Municipal de Saúde
Favor manter seu telefone atualizado**

TRAZER SEMPRE ESTE CARTÃO

**SECRETARIA DE SAÚDE DE
SÃO JERÔNIMO**

Consulta Retorno

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Profissional: _____

Data da consulta: __/__/__

Horário da consulta: _____

Agendar consulta em ____ dias.

TRAZER SEMPRE ESTE CARTÃO



Município de São Jerônimo



Secretaria Municipal de Saúde

Documento de referência e contra referência

DADOS DO PACIENTE

CNS: _____ Telefones: _____

Nome : _____ Sexo: _____

Nome da Mãe: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Endereço: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS PARA A REFERÊNCIA INVESTIGAÇÃO/DIAGNÓSTICO /EXAMES (LETRA LEGÍVEL)

REFERENCIADO PARA ESPECIALIDADE: _____

COMPLEXIDADE: () Média () Alta

CID principal: _____

Secundários: _____

Quadro clínico: _____

O paciente possui exames complementares? MARCAR E ANEXAR LAUDOS

Exames laboratoriais alterados? Quais? _____

- () RX () US () TC () RM () Mamografia () Densitometria óssea () Cintilografia () ECG
- () Teste Ergométrico () MAPA () Eletroencefalograma () Eletroneuromiografia () Citopatológico
- () AP () EDA () Colonoscopia () Broncoscopia () Artroscopia () Espirometria () Audiometria

Outros: _____

Unidade executante: _____

Indicar se há necessidade de o atendimento ser em unidade específica, justificando, com critérios técnicos, a escolha.

Justificativa: _____

____/____/____

Data

Assinatura e carimbo do profissional

INFORMAÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / PRIORIDADE

(campo obrigatório)

• A presente solicitação tem relação com situação de risco iminente de perda de função de órgão ou sequela permanente? () Sim () Não

Se sim, qual? () Sequela neurológica; () Insuficiência cardíaca; () Insuficiência respiratória;

() Insuficiência hepática; () Obstrução/perfuração intestinal; () Insuficiência renal;

() Risco de amputação/perda funcional de membros; () Cegueira; () Surdez.

• A presente solicitação tem relação com suspeita ou diagnóstico de neoplasia atual?

() Sim () Não

• Paciente vítima de violência? () Sim () Não

• Risco de auto ou hetero agressão? () Sim () Não

• Imunocomprometido? () Sim () Não

• A presente solicitação tem relação com risco hemorrágico ou sangramento atual? () Sim () Não

Se sim, qual? () Hematêmese; () Melena; () Enterorragia; () Hemoptise; () Epistaxe; () Otorragia;

() Metrorragia; () Hematúria.

• A presente solicitação tem relação com dor refratária e incapacitante? () Sim () Não

• A presente solicitação tem relação com infecção atual? () Sim () Não

• A presente solicitação tem relação com risco de perda súbita de consciência? () Sim () Não

• Idoso > 80 anos? () Sim () Não

• A presente solicitação tem relação com atendimento em serviço de urgência ou internação nos últimos 30 dias? () Sim () Não

• Gestante? () Sim () Não

• Criança < 1 ano? () Sim () Não

Observações: _____

____/____/____

Data

Assinatura e carimbo do profissional

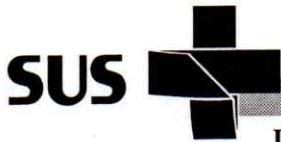
INFORMAÇÕES DE CONTRA REFERENCIA

Contra referenciado para: _____

____/____/____

Data

Assinatura e carimbo do profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JERÔNIMO
SECRETARIA DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC
EXAMES DE TOMOGRAFIA/HEMODINÂMICA/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
Cópias
• Conta de água ou luz, CPF;
• Indentidade ou cert. Nascimento
Telefone para Contato

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

SUS (PÚBLICO)	SUS (CONVÊNIO)	CÓDIGO DO SIA/SUS 15.539	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	SÃO JERÔNIMO	RS	TELEFONE 051 3651-4569

DADOS DO PACIENTE

Nome		Nº Cartão SUS	
CPF	Data de Nascimento	Telefone	
Nome da mãe ou responsável			
Endereço (rua, avenida, número e complemento)			
Bairro	Município	UF	CEP
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Convênio <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Nome do Convênio	

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código do Procedimento	Nome do Procedimento
CPF do Médico	Nome do Médico
Carimbo e Assinatura do Médico	Data da Solicitação

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Hipótese Diagnóstica	Cód. Cid 10			
Exame Físico e Complementares (Resumo)				
Nº DO AGENDAMENTO NA CENTRAL DE CONSULTAS	SEU EXAME FOI MARCADO PARA O SERVIÇO			
DATA	HORÁRIO	HS	SALA	ENDEREÇO

AUTORIZAÇÃO - PREENCHIMENTO PELO ÓRGÃO AUTORIZADOR

DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
------	--------------------------------

Deverá ser preenchido o cód. CID
CPF do médico solicitante e justificativa

Prefeitura Municipal de São Jerônimo
Secretaria de Saúde



Controle de Hipertensão e Diabetes

Prefeitura Municipal de São Jerônimo
Secretaria da Saúde



Nome: _____
DN: _____
End.: _____
Tel.: _____
Cartão SUS: _____

